**高額障害福祉サービス等給付費・高額障害児（通所・入所）給付費のご案内**

**～障害福祉サービス等の利用者負担額がある方へ～**

高額障害福祉サービス等給付費・高額障害児（通所・入所）給付費とは、同じ世帯に障害福祉サービス費等を利用する方が複数いる場合や、一人の方が複数の障害福祉サービス等を利用する場合など、世帯における同一の月に利用した利用者負担の合計が世帯の基準額を超える時に償還払いにより超過した額が支給される制度です。なお、サービス利用月から５年間が経過すると給付費の受給ができなくなりますので、ご注意ください。

**合算の対象となる世帯の範囲**

合算の対象となる世帯の範囲は、利用者の年齢によって、以下のいずれかの範囲となります。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス等の利用者 | 合算の対象となる世帯の範囲 |
| 障がい者（１８歳以上）※施設に入所する１８歳・１９歳を除く | 障がいのある方（本人）とその配偶者 |
| 障がい児（１８歳未満）※施設に入所する１８歳・１９歳を含む | 保護者の属する住民基本台帳上の世帯 |

**基準額**

同一の月に利用したサービスの利用者負担額の合計が以下の世帯の基準額を超えた場合に超過した金額を助成します。

|  |  |
| --- | --- |
| 合算の対象となるサービス | 世帯の基準額 |
| 同じ世帯に属する方が、　・障害福祉サービス　・介護保険サービス※注１　・障害児（通所・入所）支援　・補装具費の支給※注２のいずれか２つ以上を利用 | **３７，２００円**※注３　※注４ |

1. 介護保険サービスは、同一の人が障害福祉サービスを併用している場合に限り合算対象となります。ただし、介護保険法における高額介護（予防）サービス費及び高額医療合算介護サービス費により償還された費用は除きます。また、障害福祉サービスは利用者負担月額が０円であるが、介護保険サービスのみ利用者負担額がある場合は、合算の対象外です。
2. 補装具費は、同一の人（障がい児の場合は支給決定を受けている保護者が同一）が障害福祉サービス又は障害児（通所・入所）支援を併用している場合に限り合算対象となります。補装具費の支給決定月（補装具費支給決定通知書の右上の日付の月）が合算の対象月になります。
3. 以下に該当する場合は、受給者証に記載されている負担上限月額のうち、高い方の額が基準額となります。ただし、補装具費の支給は、障害児の特例の対象外です。

**＜障がい児の特例＞**

・一人の障がい児が２つの受給者証でサービスを受けている場合

・障がい児の兄弟姉妹が補装具以外の異なるサービスを受けている場合

　　（参考）市民税所得割額２８万円未満の世帯の負担上限月額

　　　　　通所…４，６００円、入所…９，３００円

1. 高額障害福祉サービス等給付費等の「世帯の基準額」は受給者証の「負担上限月額」と異なる場合があります。

（注５）地域生活支援事業（移動支援、日中一時支援等）は合算の対象外です。

（注６）食費や活動費等サービスの対象とならない実費負担分は合算の対象外です。

障害福祉サービス…居宅介護、重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、就労継続支援等

介護保険サービス…訪問介護、訪問看護、訪問入浴、通所リハビリ、福祉用具貸与等

　障害児（通所・入所）支援…児童発達支援、放課後等デイサービス、障害児入所支援等

補装具費の支給…車椅子、補聴器、義肢等補装具の交付及び修理にかかる費用の支給

**具体的な事例**

下記の事例以外でも対象となる場合があります。

対象になるか不明な場合は、障がい者支援課までご相談ください。

**【事例１】１人の障がい児が障害福祉サービスと児童福祉法のサービスを利用している場合**

課税世帯（上限４，６００円）で、１人の障がい児Ａさんが障害児福祉サービスと障害児通所支援を併用して利用している場合

|  |  |
| --- | --- |
| 事例１ | Ａさん |
| 障害福祉サービス | 障害児通所支援 |
| 利用者負担額 | ３，０００円 | ４，６００円 |
| 利用者負担額の世帯合算額 | ７，６００円 |
| 世帯の基準額（障がい児の特例） | ４，６００円 |
| 償還額 | １，１８４円 | １，８１６円 |

**【事例２】障がい児の兄弟が障害福祉サービスと児童福祉法のサービスを利用している場合**

課税世帯（上限４，６００円）で、兄の障がい児Ｂさんが障害福祉サービスを、弟の

障がい児Ｃさんが障害児通所支援を利用し、同一の保護者がその支給決定を受けている場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事例２ | Ｂさん | Ⅽさん |
| 障害福祉サービス | 障害児通所支援 |
| 利用者負担額 | ３，０００円 | ３，０００円 |
| 利用者負担額の世帯合算額 | ６，０００円 |
| 世帯の基準額（障がい児の特例） | ４，６００円 |
| 償還額 | ７００円 | ７００円 |

**【事例３】同一世帯内に障害福祉サービスを利用している障がい者が複数いる場合**

課税世帯（上限３７，２００円）で、障がい者Ⅾさんと配偶者の障がい者Ｅさんが障害福祉サービスを利用し、それぞれ上限額の３７，２００円まで利用している場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事例３ | Ⅾさん | Ｅさん |
| 障害福祉サービス | 障害福祉サービス |
| 利用者負担額 | ３７，２００円 | ３７，２００円 |
| 利用者負担額の世帯合算額 | ７４，４００円 |
| 高額障害福祉サービス等給付費の世帯の基準額 | ３７，２００円 |
| 償還額 | １８，６００円 | １８，６００円 |

**【事例４】同一世帯内に障害福祉サービスと補装具を利用している障がい者が複数いる場合**

課税世帯（上限３７，２００円）で、障がい者Ｆさんが障害福祉サービスを、配偶者の障がい者Ｇさんが障害福祉サービスと補装具を併用して利用し、それぞれ上限額３７，２００円まで利用している場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事例４ | Ｆさん | Ｇさん |
| 障害福祉サービス | 障害福祉サービス | 補装具費の支給 |
| 利用者負担額 | ３７，２００円 | ３７，２００円 | ３７，２００円 |
| 利用者負担額の世帯合算額 | １１１，６００円 |
| 高額障害福祉サービス等給付費の世帯の基準額 | ３７，２００円 |
| 償還額 | ２４，８００円 | ２４，８００円 | ２４，８００円 |

**【事例５】一人の障がい者が障害福祉サービスと介護保険サービスを利用している場合**

課税世帯（上限３７，２００円）で、一人の障がい者Ｈさんが障害福祉サービスと介護保険サービスを併用して利用している場合

|  |  |
| --- | --- |
| 事例５ | Ｈさん |
| 障害福祉サービス | 介護保険サービス |
| 利用者負担額 | ２５，０００円 | － |
| 高額介護サービス費による償還後の負担額 | － | ３０，０００円 |
| 利用者負担額の世帯合算額 | ５５，０００円 |
| 高額障害福祉サービス等給付費の世帯の基準額 | ３７，２００円 | － |
| 償還額 | １７，８００円 | － |

（注）介護保険サービスのみを利用している場合は、対象となりません。

**注意点（介護保険サービス利用者）**

　高額障害福祉サービス等給付費は、介護保険法における高額介護サービス費等により利用者負担額が償還された後に、なお残る利用者負担額が合算対象となります。そのため、高額介護サービス費等の対象者は、高額障害福祉サービス等給付費を申請する前に、あらかじめ高額介護サービス費等の支給を受ける必要があります。高額介護サービス費等との重複支給が判明した場合には、重複分については市に返還していただきます。

**申請に必要な書類**

**（１）高額障害福祉サービス等給付費支給申請書兼高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書**

**（２）同意書兼委任状**

　　　同意書内に記名押印、又は自筆による署名をいただく欄があります。代理の方が来られる場合は、印鑑、委任状、代理の方の身分を証明する書類をご持参ください。

**（３）領収書原本**

　　　当該月に利用したすべてのサービスの領収書（サービスに係る利用者負担額とサービスの対象にならない食費や活動費等の実費負担分の内訳が分かるもの）

**（４）補装具費の領収書原本**

　　　当該月に補装具費の支給を受けている場合に必要です。補装具費の支給決定月が合算の対象月になります。支給決定日は、補装具費支給決定通知書に記載しています。

**（５）介護保険高額介護（予防）サービス費支給決定通知書**

　　当該月に高額介護（予防）サービス費の支給を受けている場合に必要です。

**（６）個人番号が確認できる書類（マイナンバーカードなど）**

　　　申請書内に個人番号を記入する欄があります。

**（７）障がい者名義又は障がい児の保護者名義の振込み口座が分かるもの**

　　　申請書内に振込み口座を記入する欄があります。

**（８）利用している障害福祉サービス等の受給者証**

　　　申請書内に受給者証番号を記入する欄があります。

**（９）介護保険被保険者証**

当該月に介護保険サービスを利用している場合に必要です。申請書内に被保険者証番号

を記入する欄があります。

**（１０）代理受領に係る委任状**

当該月に介護保険サービスを利用している場合に必要です。

※上記の（１）、（２）、（１０）の申請様式は、窓口での配布、又は市ホームページより

ダウンロードができます。

＜お問い合わせ先＞

向日市　市民サービス部　障がい者支援課

ＴＥＬ：８７４－３５９３（直通）

ＦＡＸ：９３２－０８００